

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, François, Léopold CAZOTTES

Né le 26 novembre 1931, à Beauville (Lot-et-Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 1962

**ASPECT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES RURAUX**

*A propos d'une évaluation statistique sur 79 cas
de tuberculose pulmonaire masculine en milieu sanatorial
au cours des années 1959-1960 et 1^{er} septembre 1961*

Président : M. BARIETY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, François, Léopold CAZOTTES

Né le 26 novembre 1931, à Beauville (Lot-et-Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 1962

**ASPECT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES RURAUX**

*A propos d'une évaluation statistique sur 79 cas
de tuberculose pulmonaire masculine en milieu sanatorial
au cours des années 1959-1960 et 1^{er} septembre 1961*

Président : M. BARIETY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
----------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÈVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :
MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :
MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :
MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phthisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :
MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).
Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).
Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).
Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).
Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).
Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).
Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*
Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE, LE DOCTEUR Yvan CAZOTTES

A MA MERE

En témoignage de profonde affection
et de filiale admiration.

A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552023_0023

A MA FEMME

A MES ENFANTS, Marie-Pierre et Isabelle.

A MES MAITRES TOURANGEAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE PARIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BARIETY

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale

Hôtel Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Vous avez bien voulu nous faire
l'honneur de présider ce modeste
travail.

En témoignage de notre profond
respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR R. LE ROCHAIS

Ancien Interne de l'Hôpital St Joseph

Ancien Médecin des Hôpitaux d'Angers

Médecin Directeur du Sanatorium Bel-Air

Vous nous avez formé de vos précieux
conseils au cours de notre séjour
dans votre Etablissement et nous
avez dirigé dans ce travail.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance et de notre respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DESJARDINS

Médecin au Sanatorium Bel-Air

Votre enseignement nous fut
profitable, votre amitié nous
est un exemple.

En hommage respectueux.

A. MONSIEUR LE DOCTEUR M. HOURADOU

Médecin-Chef de l'Hôpital Civil de Rochefort-sur-Mer

Vous nous avez appris, au-delà du
savoir, la dignité de l'homme et
les qualités du coeur.

En témoignage de gratitude et de
respectueuse amitié.

I N T R O D U C T I O N

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

Le Sanatorium Bel Air (C.R.F.) est implanté en Touraine, à 7 kms au nord de la capitale de cette province, et reçoit, grosso modo deux catégories de malades.

Les uns pour moitié environ des cultivateurs, les autres des malades de professions diverses, et beaucoup de militaires, jeunes, ne possédant pas encore de métier.

Il était donc assez tentant, en raison de cette diversité de la situation sociale, de tenter d'établir une comparaison entre ces deux groupes d'individus et d'analyser les aspects de leur tuberculose, sous deux angles de vue divers : statistique d'abord, clinique ensuite.

Pour ce faire, nous avons éliminé de notre étude tous les malades qui ne se rattachent pas exclusivement à l'agriculture, c'est à dire les artisans des campagnes, les fonctionnaires agricoles locaux, mais aussi les ouvriers d'origine rurale exerçant leur activité en ville ou à l'usine, pour ne nous occuper que des seuls agriculteurs, propriétaires exploitants, fermiers-métayers, ouvriers agricoles sédentaires et saisonniers, vigneron, travaillant uniquement la terre, et n'en tirant que leur seul profit. Nous avons aussi éliminé parmi les jeunes soldats, ceux qui, agriculteurs avant leur appel sous les drapeaux,

ne travaillaient plus aux champs depuis lors, et avaient contracté leur tuberculose pendant leur service.

Ce rigoureux numérus clausus n'a donc permis de retenir que 79 dossiers sur un ensemble de 553 admissions au cours de ces deux dernières années et demie. C'est donc une statistique faible, mais bien limitée dans ses contours.

Une remarque s'impose dès le début de ce travail : nous ne rapportons de cette étude qu'un reflet sanatorial, ce qui élimine tous les aperçus concernant l'endémie tuberculeuse en milieu rural, car un grand nombre d'éléments fait défaut pour mener à terme une telle étude. Il manque en effet, toute une série de chiffres épars dans de nombreuses statistiques, les résultats des enquêtes sociales dans les milieux ruraux, etc.... Car les malades arrivent au Sanatorium déjà sélectionnés, et seuls les dispensaires, la Caisse d'Assurances Sociales Agricoles d'Indre & Loire auraient pu nous fournir les éléments d'un travail plus complet si nous n'avions eu peur d'alourdir un tel rapport en étendant ses limites à l'excès.

Cependant, nous avons pensé faire oeuvre utile en donnant dans le 1er chapitre, un aperçu statistique de ce qui se passe dans notre domaine sanatorial, chez les seuls cultivateurs admis en 1959 et 1960 et pendant le 1er Semestre 1961; dans un deuxième chapitre, une étude clinique des aspects de la maladie chez ces paysans hospitalisés. Enfin, dans un dernier

chapitre, nous étudierons quelques problèmes d'ordre général sur le dépistage préalable, la surveillance post sanatoriale du tuberculeux guéri et la réadaptation ou le reclassement.

I - ETUDE STATISTIQUE

Nous avons dépouillé 79 dossiers de malades exerçant au moment de la découverte de leur tuberculose, uniquement leur activité au travail de la terre.

AGE DES MALADES

- Au-dessous de 50 ans = 39 sujets
- Au-dessus de 50 ans = 40 sujets

Il nous a semblé utile de faire un tri grossier entre ces deux âges, car l'atteinte tuberculeuse ne nous a pas paru toujours identique, non pas dans son expression clinique, mais dans son potentiel évolutif.

Pour plus de précision, les âges extrêmes vont de 18 à 72 ans.

L'on trouve un maximum de tuberculeux entre 50 et 60 ans (35 %).

Même proportion approximative entre 40 et 50 ans
(30 %).

Au-dessous de 40 ans, la proportion tombe à 20 %
et à 15 % au-dessus de 60 ans.

En résumé, la tuberculose des agriculteurs semble une tuberculose de la cinquantaine s'étageant pour plus de 65 % entre 40 et 60 ans.

Une cause d'erreur est possible et doit être signalée : Le Sanatorium Bel Air comporte une section de malades âgés et chroniques, ce qui expliquerait, dans une certaine mesure, le pourcentage élevé de vieux tuberculeux.

COLLECTIVITES PAYANTES

Cette notion, toute prosaïque, nous a semblé importante à insérer dans notre étude, car elle va permettre de situer, au cours des années récentes, l'aspect social de nos ruraux malades, en rapport avec les organismes qui les prennent en charge dès le dépistage jusqu'à leur sortie de sanatorium.

L'AIDE MEDICALE gratuite a assuré le séjour de :

24 malades dont : 13 d'Indre & Loire et

11 d'autres départements.

LES ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES sont parties pour :

31 malades dont : 18 pour l'Indre & Loire

13 de divers départements.

LA SECURITE SOCIALE :

10 malades dont : 2 d'Indre & Loire

8 de divers départements.

LE SERVICE DE SANTE MILITAIRE ET L'ARTICLE 115 :

14 malades dont : 3 d'Indre & Loire

11 de divers départements.

ORIGINE DES MALADES

Nous avons d'une part recherché dans les 79 dossiers des hospitalisés, leur lieu de travail et le dernier endroit où ils ont contracté la tuberculose et parfois où cette maladie a été dépistée.

Nous avons trouvé :

- 30 malades d'Indre & Loire
- 16 " du Morbihan
- 4 " d'Eure & Loir
- 8 " du Calvados
- 6 " du Loir & Cher

Les autres départements n'ont fourni que 1 ou 2 malades chacun.

Ces chiffres si réduits n'auraient aucune signification si nous ne les reportions pas au pourcentage des malades de professions autres, adressés par chacun des départements sus-cités :

- Soit environ 60 % de tuberculeux chez les cultivateurs pour 40 % constituant les non ruraux (au sens restrictif où nous l'avons défini).

Cependant, une exception : le Morbihan aurait fourni 80 % de ruraux tuberculeux et ceci correspond approximativement au chiffre avancé par le Dr. TATTEVIN, dans sa Thèse consacrée au même sujet et concernant la tuberculose des ruraux dans le Sud du Morbihan (1959).

Ces chiffres peuvent paraître forcés si on les compare à ceux que LE MELLETIER rapportait dans une étude sur la tuberculose en milieu rural en 1958 : la tuberculose était pour 32 % en 1955 la cause la plus fréquente de la longue maladie des assurés sociaux. Mais LE MELLETIER fait remarquer que cette statistique est dans une certaine mesure, déformée par les éléments de population qui n'appartiennent pas au monde rural stricto sensu.

Quant au dépistage d'après l'origine des malades, notre statistique est trop floue, trop sujette à caution pour pouvoir en tirer quelques déductions précises. Disons seulement qu'il nous a semblé que les bretons, qui abandonnent si souvent leur terre natale par nécessité, nous ont paru les plus touchés et surtout ceux qui travaillaient comme cultivateurs dans les régions voisines des grandes villes, des ports en particulier - NANTES surtout - ROUEN ensuite - Mais là encore, une cause d'erreur, car le Sanatorium Bel Air reçoit en majorité des malades des départements bretons.

ENQUETE SOCIALE SOMMAIRE

Nos dossiers constitués à l'entrée des malades au sanatorium comportent des renseignements succincts sur les origines, les conditions de vie et les conditions de travail.

Nous avons pu noter, en ce qui concerne les antécédents, les données suivantes :

1) Antécédents héréditaires et familiaux proches

(c'est à dire une tuberculose pulmonaire connue chez les épouses ou les parents) :

Chez nos malades au-dessus de 50 ans, 16 seulement sur 40 sujets vivaient en contact avec des tuberculeux, dans le milieu familial.

Au-dessous de 50 ans, 12 se trouvaient dans ce cas particulier sur 39 sujets.

C'est là une différence peu significative.

2) Antécédents personnels

10 malades avaient été atteints d'une affection tuberculeuse antérieure à l'atteinte actuelle : 7 chez les sujets au-dessus de 50 ans, 3 au-dessous de cet âge.

Donc, sur nos 79 ruraux hospitalisés, 10 l'ont été pour une rechute.

3) Antécédents mixtes

10 malades présentaient à la fois des antécédents familiaux et des antécédents personnels : 6 au-dessus de 50 ans, 4 au-dessous de 50 ans.

4) Sans antécédents décelables

Enfin, 31 malades n'avaient aucun antécédent décelable, dont 11 au-dessus de 50 ans et 20 au-dessous.

Nous avons cherché à comprendre d'où venait la contamination et considéré des facteurs bactériologiques spécifiques

la contamination interhumaine et la contagion par le bétail bovin,

d'autres facteurs étant des facteurs non spécifiques, véritables causes favorisantes de contamination.

a) Contagion interhumaine

Ils sont, chez nos 79 malades, le reflet de ce qu'une enquête demandée par le Directeur Général de la Santé aux Directeurs départementaux apportait en 1957. Chez nos malades entrés de 1959 à 1961, presque toutes les contaminations familiales massives étaient dues, soit aux mauvaises conditions d'hygiène et de logement, soit pour une notable proportion, aux ouvriers saisonniers, qui, embauchés pour de courtes périodes de battage, pour le temps des moissons, etc... comportent un grand nombre de tuberculeux chroniques.

Nous avons été frappé au Sanatorium par le nombre de ces saisonniers qui travaillent quelques mois aux époques de pleine saison et demandent à revenir faire une cure de consolidation entre deux périodes de travail et se maintiennent ainsi en santé satisfaisante. Il peut s'agir là d'une cause de contamination non négligeable.

b) Contagion des hommes par les bovins

Quant à la tuberculose bovine, bien que nous y ayons pensé comme facteur de contamination chez les ruraux, nous ne l'avons jamais retrouvée - D'ailleurs, nous n'avons eu aucun cas de tuberculose extra-pulmonaire évocateur de cette étiologie chez nos ruraux et cliniquement dans les rares cas où une forme nodulaire nous y a fait penser, le laboratoire a infirmé cette hypothèse.

c) Facteurs non spécifiques

C'est enfin les conditions de vie qui ont été l'objet de nos recherches, et nous avons noté que l'habitat, chez nos paysans tourangeaux était relativement meilleur que dans d'autres départements. Nulle part, d'ailleurs, nous n'avons retrouvé au cours d'un interrogatoire systématique, les conditions de vie du début de ce siècle, où le paysan, et surtout l'ouvrier agricole logeait parfois dans l'étable au voisinage des bêtes, ou dans une soupenne sans hygiène.

Mais si le logement de nos malades était, dans l'ensemble, acceptable, la promiscuité entre vieux et jeunes, patrons et domestiques, le surnombre des habitants d'une même pièce, aggravé, en cas de maladie de l'un des occupants, était un facteur de contamination.

De même que le défaut général d'hygiène corporelle et d'hygiène de la maison en est aussi une cause sérieuse. L'homme de la campagne a un métier rendant difficile l'hygiène corporelle.

Le service d'eau courante est encore très exceptionnel dans les fermes isolées, le chauffage étant inexistant ou presque, l'aération du logement est faible ou même nulle au cours de la nuit. Cette dernière particularité nous a été confirmée par près de 100 % de nos hospitalisés. La femme travaille au même titre que l'homme et a peu de temps pour s'occuper du logis.

Quant à l'alcoolisme - C'est un lieu commun - bien rebattu et nous y insisterons peu - L'interrogatoire de nos malades ruraux fournit une proportion voisine de 60 % d'éthylisme chronique, assez bien supporté d'ailleurs, avec peu de cirrhose (3 %), peu de signes neurologiques (1 à 2 % de polynévrites).

Nous verrons plus loin que la presque totalité des tuberculeux fibreux chroniques sont d'anciens éthyliques confirmés. La grande majorité l'avoue sans honte, mettant sur le compte du travail dur aux champs, cette habitude qu'ils considèrent comme indispensable. Notons en passant que, à l'inverse de nos ruraux, les tuberculeux citadins, ouvriers des ports, ouvriers du bâtiment, manœuvres, cheminots, soldats de retour des territoires d'outre mer, n'avouent que difficilement ou nient leur intempérance, et semblent d'ailleurs moins bien la supporter que la catégorie des malades ruraux que nous avons étudiés.

Nous résumons quelques éléments de ce premier chapitre dans le tableau d'ensemble suivant :

TABLEAU I

ANTECEDENTS

Age	Nombre de T.P.	Héréditaires et collatéraux	Personnels	Avec ant. mixtes	Sans ant. déclara- bles
de 20 à 40	15 {	12	3	4	20
de 40 à 50	24 { 39				
de 50 à 60	28 {	16	7	6	11
Au-dessus de 60....	12 { 40				
TOTAL	79	28	10	10	31

79 dossiers

II - ETUDE CLINIQUE

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

Cette partie de notre étude a comporté tout d'abord un interrogatoire axé sur l'existence ou l'absence de négligence au début de la maladie, puis une recherche des symptômes cliniques identifiant la date de début apparent de la tuberculose pulmonaire, enfin une sérieuse révision des dossiers médicaux et radiologiques pour les formes anatomo-cliniques à l'entrée des malades au Sanatorium. Nous avons étudié enfin, le comportement des ruraux pendant leur séjour à un double point de vue, moral et clinique.

Nous avons essayé de savoir, pour terminer, ce que sont devenus nos malades après leur départ du Sanatorium.

ROLE DE LA NEGLIGENCE

Dans les milieux ruraux, celle-ci est certaine, et beaucoup plus fréquente que chez nos autres malades :

Nous référant à l'étude statistique faite par le Docteur TATTEVIN dans sa thèse de 1959 et reprenant les mêmes critères que lui, nous avons trouvé des pourcentages à peu près voisins, bien que notre travail ne soit basé que sur 79 dossiers.

Etudiant les négligences caractéristiques du malade, parfois du médecin traitant, par insouciance, ou défaut de mise en garde ou excès de dureté envers soi-même, voire excès de courage quand il y a des enfants à élever et un travail "qui ne peut

attendre " (moisson, vendange, labours, etc...), nous avons relevé le temps perdu :

Entre le premier symptôme constaté et l'établissement du diagnostic.

Moins de 6 mois	chez 58 malades
Entre 6 mois et 1 an	chez 11 malades
Au-delà d'un an	chez 1 malade

9 malades n'ont pu donner de précision.

Entre l'établissement du diagnostic et le début du traitement ou l'hospitalisation

1 mois	chez 60 malades
Entre 1 et 6 mois	chez 17 malades
Au-delà de 6 mois	chez 2 malades

mais il faut bien dire, à la décharge de nos malades, que beaucoup de symptômes qui remontaient à beaucoup plus longtemps n'ont pas retenu leur attention. (Tableau 2) parce qu'ils étaient apparemment mineurs.

T A B L E A U 2

Temps perdu entre le 1er symptôme et l'établissement du diagnostic	Nombre de Cas	Temps perdu entre l'établissement du diagnostic et le début du traitement	Nombre de Cas
Moins de 6 mois	58	1 mois ou moins	60
6 mois à 1 an	11	de 1 à 6 mois	17
au-delà d'un an	1	au-delà de 6 mois	2

MODE DE DEBUT

Nous avons colligé ensuite sur les dossiers de nos 79 malades, le mode de début de la tuberculose, et nous avons été surpris par la relative précision des observations sur ce sujet.

1 - Les débuts par signes fonctionnels :

fatigabilité et amaigrissement en premier lieu; toux et fièvre, dyspnée ensuite 36 CAS

2 - Viennent ensuite les hémoptysies - elles sont plus fréquentes chez les ruraux que dans les autres classes sociales, peut-être en raison de l'insouciance des malades, relative aux signes de début 11 CAS

3 - Apparaissent ensuite les antécédents de pleurésie pour 8 CAS

A noter d'ailleurs que ces atteintes pleurales avaient souvent évolué à bas bruit.

4 - Enfin, avec un pourcentage à peu près équivalent, les débuts par pneumopathie aiguë, à l'exception des diagnostics de "bronchite" vraiment trop fréquemment évoqués 7 CAS

Ces pneumopathies baptisées congestions pulmonaires, pneumonies ont souvent été rattachées à une "grippe" concomitante ou prises pour des symptômes d'une "grippe" banale.

5 - Quant aux laryngites précédant la tuberculose,
nous n'en avons trouvé que

3 CAS

et la méningite n'a été qu'une fois un mode
inaugural d'une tuberculose comportant une
atteinte pulmonaire chez un jeune homme de
22 ans.

6 - Pour terminer, disons que chez nos agriculteurs
9 tuberculoses pulmonaires ont été décelées par
un examen systématique, dont 6 à l'incorporation
militaire, et sans qu'aucun signe clinique ait
été perçu dans les mois précédents.

Afin d'être complet, nous précisons que dans 4
cas, nous n'avons pu retrouver le mode de dé-
but en raison de l'insuffisance de l'interro-
gatoire à l'entrée. (Tableau N° 3).

T A B L E A U 3

Mode de début par signes pathologiques		Sans signes pathologiques	
Signes fonctionnels et généraux	36	Par examens systématiques	9
Hénoptysies	11		
Pleurésie	8		
Pneumopathies aiguës	7		
Laryngites	3		
Méningites	1		
		Sans précisions	4

ETUDE DES ASPECTS CLINIQUES A L'ENTREE DES MALADES

AU SANATORIUM

Nous avons été frappé comme tant d'autres auteurs avant nous, du nombre de formes graves, parfois au-dessus de toute ressource thérapeutique, dont étaient porteurs d'enblée nos malades, et nous les avons divisées pour la commodité de l'exposé, sous 4 rubriques.

Cette classification correspond d'ailleurs grosso modo aux aspects radiologiques les plus courants :

Formes excavées	uni ou bilatérales
" d'infiltration	" "
" nodulaires	" "
" mixtes	

- 1 - Les formes excavées unilatérales sont de beaucoup les plus nombreuses 19 cas
- les formes bilatérales 9 cas

- 2 - Viennent ensuite les formes radiologiquement infiltratives à type de condensation plus ou moins homogènes.

Nous avons relevé :

Atteintes bilatérales	11 cas
" unilatérales	8 cas

T A B L E A U 4

FORMES ANATOMO-CLINIQUES A L'ENTREE DES MALADES AU SANATORIUM

Formes excavées	{ unilatérales	19 cas
	{ bilatérales	9 cas
Formes infiltrat	{ unilatérales	8 cas
	{ bilatérales	11 cas
Formes nodulaires	{ unilatérales	6 cas
	{ bilatérales	4 cas
Formes mixtes (bilatérales)		17 cas
Autres formes		5 cas
TOTAL		79 cas
		=====

En résumé, la tuberculose des ruraux nous a paru dès le début d'une sérieuse gravité, puisque les formes bilatérales d'enblée sont au total de 41 pour 79 dossiers dépouillés, soit plus de la moitié des cas.

Ces cas sont donc plus souvent graves que ne le ferait préjuger le nombre de retards apportés au diagnostic ou au début du traitement.

QUELLE FUT L'EVOLUTION CLINIQUE PENDANT LE SEJOUR

DE NOS MALADES : Etat à la sortie

Elle fut assez décevante dans son ensemble, puisque sur 79 malades, l'état à la sortie ne fut que 43 fois amélioré sans que la guérison puisse être considérée comme obtenue.

Nous avons classé les résultats sous 4 rubriques différentes en comparant l'état clinique B.K. - Toux - Crachats - Poids -, et surtout radiologique (radiographies et tomographies) à l'entrée et à la sortie.

- 1 - Tout d'abord les malades aggravés : 3 cas (+ un malade chez lequel un cancer pulmonaire a été découvert. Peut-être était-ce une erreur de diagnostic avant l'entrée).
- 2 - Puis les malades stabilisés que nous diviserons en deux groupes, les lésions fixées d'emblée, et les lésions améliorées, puis fixées.
 - a) Les sujets n'ayant aucune amélioration radiologique, mais une amélioration clinique manifeste. C'est la grande catégorie des chroniques : leurs lésions sont identiques au début et à la fin du séjour.
C'est dans cette catégorie que l'on trouve le pourcentage le plus haut de départs prématurés contre avis médical ou par sanctions disciplinaires - 14 malades rentrent dans ce cas et parmi eux 6 ont quitté l'Etablissement trop tôt. L'état d'esprit de cette catégorie de malades peut être résumé en ces termes : "Je ne sens

bien, je n'ai plus que des comprimés à prendre, je n'ai pas besoin de rester au san, je ferai aussi bien chez moi."

b) La catégorie suivante des sujets qui ont amélioré leurs lésions d'entrée, au cours des premiers mois, puis les progrès se sont arrêtés, la guérison n'a pas été obtenue et les formes là aussi sont devenues chroniques, soit 10 sujets. Beaucoup ont présenté en finale des cavernes détergées, ou des lésions de fibrose trabéculaire diffuses.

3 - Viennent ensuite un ensemble de malades plus consolants qui ont quitté le sanatorium améliorés, évoluant nettement vers la guérison : Cavernes en voie d'effacement, nodules flous devenant plus scléreux, infiltrats diffus régressifs, etc... Ils ne peuvent être classés dans le chapitre précédent (chroniques stables et chroniques améliorés puis stabilisés), car ils ont continué à nettoyer régulièrement leurs lésions et n'ont pas eu, pour la plupart, la patience d'atteindre au sanatorium les longs mois qui auraient été nécessaires pour achever leur guérison - 33 cas dénombrés et parmi ceux-ci, cinq renvoyés par motif disciplinaire, 13 partis sur leur demande prématurément, avec ou sans accord médical.

4 - Le dernier chapitre de notre classification concerne les malades partis totalement guéris : et nous avons 18 cas sur 79 dossiers. (soit 1/4). Beaucoup d'entre eux présentaient à l'arrivée des signes discrets d'infiltrat d'un ou des

deux sommets. Quatre avaient des cavernes isolées qui se sont fermées dès les premiers mois. Tous, sur le plan psychologique, étaient raisonnables, patients, convaincus de leur guérison future. Aucun n'a été renvoyé.

(Tableau N° 5). Nous notons à ce sujet l'importance qu'il y a à ce que le malade comprenne sa maladie, et à ce qu'on la lui explique.

T A B L E A U 5

Etat clinique et radiologique	Nombre de renvois disciplinaires ou de départs prématurés de chaque catégorie
Aggravés 3 + 1 (x) = 4	(1 (discipline)
Chroniques stabilisés : sans amélioration 14 avec amélioration, puis arrêt 10	{ 6 (discipline)
Améliorés vers guérison .. 33	(5 (discipline) et 13 départs prématurés
Guéris 18	(0
79	

(x) le sujet cancéreux.

ETUDE CORRELATIVE DES BACILLOSCOPIES

A L'ENTREE ET A LA SORTIE

Alors que dans toutes les autres catégories sociales de malades hospitalisés à Bel Air pendant la même période, le nombre des malades négatifs est de 80 % environ - encore que sur ce lot les militaires améliorent la statistique, car ils arrivent le plus souvent négatifs à l'entrée par suite d'un diagnostic précoce, d'un traitement immédiat et correct pendant plusieurs mois (1 à 6 environ).

Chez les ruraux, dont il est vrai qu'ils ont aussi pour une part été en hôpital avant l'entrée au sanatorium, sur 79 malades :

- 23 étaient positifs dès le 1er examen,
- 6 étaient restés positifs à la sortie, et
- 15 étaient devenus négatifs,

- 54 étaient négatifs à l'entrée et à la sortie,

- 2 négatifs à l'entrée étaient devenus positifs à la sortie.

Nous résumons dans le Tableau N° 6.

T A B L E A U 6

ETAT BACTERIOLOGIQUE DES 79 MALADES A LA SORTIE DU SANATORIUM

B.K. + à l'entrée ... 23	}	79	B.K. + à l'entrée	}	6
B.K. - à l'entrée ... 56			et à la sortie (1) ..		
B.K. + à la sortie .. 8	}	77 (1)	B.K. + à l'entrée et	}	15
B.K. - à la sortie .. 69			- à la sortie		
			B.K. - à l'entrée et	}	54
			- à la sortie		
			B.K. - à l'entrée et	}	2
			+ à la sortie		
					77

(1) 2 malades bacillaires à l'entrée, sortis prématurément, n'ont pu avoir d'examen bactériologique avant leur sortie.

Ces chiffres éloquentes, bien que constituant une très petite statistique, montrent bien, en les rapprochant de la gravité des formes radiologiques au début de l'hospitalisation, quelle allure sérieuse, quant au pronostic d'avenir, revêt la tuberculose des ruraux.

Car la quasi totalité de ces malades conserve de grosses séquelles parenchymateuses, stabilisées lors du départ, mais pourvoyeuses de rechutes et interdisant dans la majorité des cas la reprise d'un travail actif à la campagne. Nos malades sont des

infirmes, des diminués physiques, impossibles à reclasser, pour des raisons que nous exposerons dans un autre paragraphe.

POURCENTAGE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Sur 79 malades ruraux, nous avons pratiqué :

- 6 exérèses - toutes des lobectomies supérieures
et une fois avec exérèse du Nelson
et toutes, chez des malades au-dessous de
50 ans - ce qui est absolument conforme
aux normes.

- 5 thoracoplasties - dont 3 au-dessous de 50 ans
et 2 au-dessus de cet âge.

- 1 spéléotomie

- 2 pneumothorax

Au total, 12 interventions chirurgicales et deux médicales. Le pourcentage que l'on trouve dans la catégorie des malades non ruraux est légèrement supérieur, mais n'a pas été calculé exactement.

QUELLE FUT LA DUREE MOYENNE DU SEJOUR DE NOS MALADES

BUREAUX EN SANATORIUM

Cette question nous a paru intéressante à analyser, parce qu'elle nous a permis de constater qu'en raison de la gravité de la tuberculose à l'entrée, le séjour était à peine suffisant. Beaucoup de malades se soignent incomplètement, insuffisamment longtemps, et nous en tirerons des conclusions médico-sociales après l'exposé ci-dessous :

L'hospitalisation a duré :

- moins de 6 mois pour	19 malades sur 79
- entre 6 mois et un an pour	35 " " "
- de 1 an à 1 an $\frac{1}{2}$	15 " " "
- de 1 an $\frac{1}{2}$ à 2 ans	7 " " "
- au-delà de 2 ans	3 " " "

79

Ces chiffres appellent les commentaires suivants :

Sur les 19 malades qui ont fait un séjour nettement insuffisant, 4 ont été renvoyés pour motifs disciplinaires, et notamment l'alcoolisme aigu ou chronique.

Sur l'ensemble des autres malades dont l'hospitalisation a été suffisante en durée, mais souvent insuffisante pour obtenir une guérison, vu la gravité au départ ou la lenteur de la guérison, 8 ont dû quitter le Sanatorium pour les mêmes causes, soit au total 12 malades sur 79, ce qui fait à peu près le 1/6ème. Tous sauf deux avaient au-dessus de 50 ans.

Du point de vue général, ainsi que nous l'indiquons ci-dessus, un séjour variant entre 6 mois et un an ne permettait pas d'obtenir un nettoyage complet des lésions, et les malades partaient insuffisamment guéris, à peine stabilisés, bien qu'ils aient été prévenus des probabilités de rechutes, inhérentes au travail dur qu'ils devaient reprendre.

QUEL FUT LE COMPORTEMENT DE NOS MALADES RURAUX PENDANT LEUR SEJOUR A BEL AIR

a) Le comportement alcoolique

Un test sans discussion possible est le renvoi pour motif disciplinaire - A part deux sorties prématurées par évasions, tous les chiffres que nous allons donner correspondent à des exacts pour éthyliste chronique ou ivresses cigues.

Nous avons repris pour ce faire le plan du chapitre "Evolution Clinique", résumé dans le tableau N° 5, et nous avons constaté que :

parmi les 4 malades aggravés à leur sortie : 1 avait été mis à la porte pour la raison ci-dessus.

parmi les 24 malades restés ou devenus chroniques, 6 avaient été renvoyés, ce qui porte à peu près à la moitié du pourcentage des éthyliques.

parmi les 51 malades guéris ou en voie de guérison progressive, 5 ont dû être sanctionnés, ce qui montre éloquemment que le tour favorable que la tuberculose a pris est inversement proportionnel dans cette statistique, à l'intempérance de nos hospitalisés.

Ce qui porte au total le nombre de : 12 renvois sur 79 sujets, mais combien sont passés entre les mailles du filet en trompant notre vigilance. Nous estimons que la sanction du renvoi n'atteint pas la moitié des éthyliques de nos effectifs.

Nous aimerions pouvoir prouver que moins les malades boivent, et mieux leur bacillose guérit, ce qui reste entièrement vrai au-dessous de 50 ans, et cependant (et nous nous excusons de cette assertion), nous avons remarqué qu'au-dessus de 50 ans, (14 malades), l'éthylisme semblait assez bien toléré, donnant des formes fibreuses, évoluant vers la chronicité, ou se fixant vers la stabilisation, et ne créant pas d'aggravation notable dans un grand nombre de cas.

b) Le psychisme du tuberculeux rural

Le comportement psychique des tuberculeux ruraux nous a paru curieux et nous avons pensé en donner un bref aperçu, car la mentalité paysanne est tout autre et la conception de la maladie différente de celle d'autres catégories sociales, dans un

certain sens tout à son honneur. Ce n'est pas souvent par insouciance des risques, c'est rarement par ennui au sanatorium, c'est presque toujours par nécessité pécuniaire, c'est souvent une sorte d'envoutement par l'appel du pays et du travail de leur terre, que l'on retrouve chez tous les ruraux déplantés, et surtout chez les Bretons.

Les cultivateurs les plus aisés, possédant une petite ferme, en propre ou en métayage, sentent le besoin de leur présence "pour surveiller" au moment des grands travaux agricoles qui engagent le capital d'une année.

Les moins aisés, les ouvriers agricoles, parce qu'il faut soulager "la femme qui n'arrive pas à vivre et se tue au travail, s'il y a des enfants". Le rythme des saisons, l'appel du travail journaliser, les exigences de la culture, les soins quotidiens aux animaux - La possibilité qui leur est offerte de travailler à leur demande, en qualité de saisonniers, avec de longs intervalles de repos relatif et intermittent, et l'impossibilité pour tous d'être reclassés dans un autre métier, tout cela contribue à créer une nostalgie du travail, celui qu'ils ont fait toute leur vie et qu'ils savent être condamnés à continuer malgré la maladie.

En bref, nos ruraux nous ont paru dans l'ensemble des gens courageux, inconscients ou insoucients de leur avenir de malade, et pour tout dire assez fatalistes, durs pour eux-mêmes, modelés par l'âpreté du travail de la terre, et aussi parfois par l'impérieuse nécessité du gain. Tous ont gardé le désir de

reprendre coûte que coûte leur travail - même au détriment de leur santé.

Par opposition aux ruraux

d'autres catégories d'hospitalisés n'ont bien souvent d'autres préoccupations que de "tirer" le maximum de temps de repos et de vie confortable, quitte, en fin de cure, à tenter de se faire réhospitaliser à perpétuité dans d'autres services de tuberculeux, voire à changer subrepticement de département pour ne pas essuyer de refus de prise en charge. Ils ont perdu l'habitude et le désir de travailler et se contentent fort bien d'une pension de réforme militaire, d'une retraite de vieux travailleurs, ou moins bien, d'une pension d'invalidité de la sécurité sociale quand la manne administrative vient s'ajouter au logement, à la nourriture et au farniente du sanatorium.

Bien entendu, il y a de nombreuses exceptions à ce sombre tableau mais, et nous y insistons encore, l'impossibilité quasi totale de reclassement des ruraux influe sur leur comportement au cours de leur séjour et à leur sortie du sanatorium. Néanmoins, dans les grandes lignes, notre comparaison nous semble juste.

III - AUTRES PROBLEMES

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

(Dépistage et Prophylaxie - Réadaptation et Reclassement -
Traitement post-sanatorial)

La tuberculose pulmonaire des malades ruraux soignés en sanatorium, ne reflète nullement l'endémie tuberculeuse de nos campagnes. Cependant, l'interrogatoire de nos malades et l'étude de leurs dossiers, nous a permis de comprendre la gravité des trois grands problèmes soulevés par le dépistage, par les traitements à domicile, avant les hospitalisations et surtout après celles-ci, et enfin, par la reprise du travail après la cure.

a) Le dépistage rural est absolument insuffisant, pour ne pas dire inexistant, car les cultivateurs ne vont pas consulter aux dispensaires, et les médecins de campagne ne les y engagent pas toujours fermement.

D'ailleurs, ils ne se déplacent pas davantage quand le camion radio vient au village. Défaut d'éducation des masses, mais aussi, sensation de perte de temps et toujours insouciance foncière.

Ajoutons à ces carences du malade, l'insuffisance des équipes médico-sociales et du matériel, qui rend la prospection systématique encore bien illusoire dans les campagnes.

Quant à la prophylaxie par la vaccination B.C.G. à la campagne, elle commence à être acceptée parce qu'elle se fait dans les écoles pendant les heures de classe. Or, dans les régions rurales, nous avons remarqué qu'il y avait beaucoup moins de certificats de complaisance pour "contre-indications" abusives, beaucoup moins de refus des parents, beaucoup moins d'absentions par absence à l'école le jour de vaccinations qu'il ne s'en produit dans les villes. Est-ce une passivité de caractère, une peur des complications administratives, un respect de la loi sans discussion ?

Il ne semble d'ailleurs pas que nos ruraux soient toujours bien informés de l'efficacité du B.C.G.

b) Le problème du traitement avant et après l'hospitalisation

Nous avons vu au chapitre des négligences que le traitement était bien souvent prescrit correctement par le médecin traitant dès l'établissement du diagnostic, mais nous avons été assez surpris quant à l'exécution des prescriptions. Pour peu que tarde une hospitalisation, ou que le malade, en accord avec son médecin, décide de se soigner chez lui, en peu de temps les trois antibiotiques du début sont rapidement abandonnés pour des motifs injustifiés.

La cause primordiale, d'après nos recherches, en revient à l'éloignement du sujet d'un centre de soins, d'où difficultés, voire impossibilité de pratiquer des perfusions de P.A.S., difficultés matérielles aussi pour subir les piqûres quotidiennes de streptomycine. Quant à l'Isoniazide, il est peu à peu mininisé,

oublié, repris par petites cures. La conduite d'une telle thérapeutique est si peu conforme aux normes qu'il n'est pas étonnant de trouver à l'entrée du Sanatorium un nombre effarant de résistance à ces trois antibiotiques majeurs. Et nous ne parlons ici que du traitement chimiothérapique, que dire du repos, des cures, des prises de température, des recherches de B.K. et de sensibilité, des examens radiographiques et tomographiques. Leur nécessité impérieuse semble être inconnue des médecins traitants autant que des malades.

Après la cure sanatoriale, le malade stabilisé, mais non guéri doit poursuivre un traitement de consolidation de longue haleine. Bien que plus simple qu'au début de la maladie, et qu'au cours du séjour au sanatorium, parce que ce n'est plus un traitement d'attaque, la thérapeutique, dans 60 % des cas, est abandonnée au bout de trois mois. Ce n'est plus l'insouciance, ni les difficultés de placement qui sont alors seules en cause, c'est le respect humain de l'ancien malade reversé dans la collectivité des bien-portants, ceux-ci tournant fréquemment en dérision le repos prolongé, la cure de silence, la modération dans le travail, chez cet homme "qui a si bonne mine". Le rythme du travail, des horaires fantaisistes, les réunions interminables autour d'une partie de carte et d'une tasse de café annihile toute bonne volonté du tuberculeux. Et la rechute ne tarde pas à apparaître.

c) Enfin le problème de la réadaptation à l'effort, puis du reclassement des tuberculeux ruraux a soulevé pour nous quelques réflexions et constatations souvent inédites.

La réadaptation a été conçue par nous, à l'intérieur du sanatorium, quand le malade est stabilisé et avant de le relancer dans la vie normale. Nos sujets sont soumis à des travaux doux de jardinage, de nettoyage de la propriété, de petites constructions de bâtiments annexes - D'abord 2 heures par jour, à la place d'une cure, puis 4 heures - travaux pour lesquels ils reçoivent une petite indemnité. Nous n'avons pas été peu surpris, depuis 5 ou 6 ans, de l'enthousiasme que provoque cette occupation chez les travailleurs terriens, à l'opposé des non ruraux, et nous avons été agréablement frappé des résultats acquis sur le plan de l'état général, et sur le plan lésionnel. Bien des sujets, amaigris, anorexiques, désœuvrés, ont repris, mine, poids, appétit et goût de vivre, à tel point que quelques uns demandent à prolonger leur séjour dans ces conditions. Nous avons même constaté des améliorations locales spectaculaires quoique progressives chez certains candidats éloignés à des interventions chirurgicales, ou porteurs de si grosses lésions, parfois excavées, que la stabilisation était dans notre esprit très aléatoire. Ce résultat s'explique sans doute par l'intermédiaire d'un équilibre psychologique car, tout comme l'intellectuel a besoin de livres, le rural a besoin de faire du travail manuel.

Le problème du reclassement des tuberculeux ruraux bien stabilisés, problème que nous avons soulevé dans le chapitre précédent, est particulièrement angoissant. Beaucoup de nos malades, après un séjour suffisamment prolongé, un traitement correct, ont pu sortir tellement améliorés qu'ils pourraient reprendre un métier - mais pas celui de cultivateur - trop dur, trop exposé aux intempéries, trop soumis aux "coups de boutoir du travail" avec le lever au petit matin, les siestes écourtées, les couchers tard "à la fraîche" - au milieu de la poussière des battages, sous le soleil implacable qui oblige le cultivateur à "s'hydrater", etc...

A l'inverse des autres catégories sociales, celles des manœuvres ou des ouvriers d'usine ou du bâtiment, des petits employés, qui eux peuvent être parfois reclassés, les ruraux ne le peuvent pas - ou si peu ! Bien que les post-cures soient nombreuses pour cette catégorie de récupérables, nous n'ignorons pas que les changements de situation sont bien souvent aléatoires, parfois impossibles, et constituent une dégradation du pouvoir d'achat pour beaucoup.

Que faire alors des paysans ? Quelques uns, quand ils sont jeunes et qu'ils ont un certain niveau d'études, peuvent être placés dans des post-cures où ils apprendront en six mois ou un an un autre métier.

Malheureusement les Centres de Réadaptation professionnelle exigent un bagage beaucoup trop sérieux pour admettre les candidats et ne leur donner qu'une situation d'ouvriers moyens, fermant ainsi la porte à ceux qui, comme les ruraux, sont les plus

déshérités. Et quelles difficultés vont rencontrer ces terriens, non préparés à la vie collective en usine ou au bureau !

D'autres ruraux stabilisés ou guéris peuvent être aiguillés dans le petit (très petit) nombre de Centres qui forment des horticulteurs, des jardiniers 4 branches, des arboriculteurs, floriculteurs. Mais ces Centres se comptent hélas sur les doigts. Aussi, la grande majorité reste livrée à elle-même en sortant du sanatorium, et ne peut être que dirigée sur un hospice de campagne où ils neurent d'ennui, ou être renvoyés dans leur foyer, quand ils en ont. Ils redeviennent pour un temps, ouvriers agricoles, manoeuvres saisonniers insuffisamment nourris parce qu'insuffisamment payés, et candidats inéluctables à la rechute ou à la chronicité. Nous avons noté que beaucoup de nos malades sont venus dans notre Sanatorium pour une rechute.

Il faudrait, évidemment avec des crédits plus fournis, développer la prophylaxie par examens radioscopiques ou radiophotographiques systématiques, ou ouvrir des Centres pour ruraux (qui ne soient pas des Centres de Formation professionnelle accélérée, car ils n'ont jamais convenus aux tuberculeux) mais des Centres de réadaptation et de reclassement, avec des débouchés aisés pour cette catégorie d'anciens malades; mais le marché du travail pour les ruraux est un des plus fermés !

Et cependant la Mutualité Agricole, en plein essor, donne depuis quelques années, le meilleur d'elle-même dans ces domaines de la prophylaxie et de la post-cure. C'est la solution du problème, elle éclaire l'avenir sous une lumière pleine de promesses.

CONCLUSIONS

1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2

Les conclusions que nous pouvons tirer de notre modeste travail et du faible pourcentage des ruraux dont nous avons étudié les observations de 1958 à 1961, rejoignent celles qui ont été faites sur une bien plus vaste échelle antérieurement dans le milieu agricole - Tant par le Docteur LE MELLETIER au cours d'une vaste enquête en 1958, que par le Docteur CUVIER au Congrès de la Médecine rurale, que par les Docteurs WEILL - ACCARD - GAUCHER, en milieu sanatorial, et bien d'autres auteurs.

Elles peuvent se résumer ainsi :

1) Les campagnards ont un pourcentage de fomes graves bien au-dessus des citadins.

LE MELLETIER = 33 % chez les agriculteurs

18 % chez les ouvriers ou manoeuvres

Alors qu'il y a quelques dizaines d'années seulement, la proportion était inverse, et ceci est dû à l'insuffisance du dépistage d'abord, et au retard apporté aux soins dès le début.

2) La proportion des tuberculeux en milieu agricole est plus élevée que chez les ressortissants des caisses de sécurité sociale du régime général -

32 % de longue maladie, relevés dans le régime agricole, soit 1/4 de plus que dans le régime de sécurité sociale.

3) Le nombre de sorties prématurées, par convenance personnelle, par indiscipline et sans accord ou contre avis médical est là aussi plus élevé que dans les autres catégories non rurales des malades.

4) Le nombre de guéris, le nombre de malades en cours de guérison est inférieur à celui des autres catégories, et le nombre des chroniques irrécupérables est supérieur. Cette constatation est en rapport avec la gravité initiale de la T.P., et l'absence d'éducation des masses rurales.

Le nombre des morts semble par contre à peu près identique.

5) Les conditions de vie du travailleur agricole, qui ne connaît ni la journée de 8 heures, ni la semaine anglaise, ni les vacances bénéfiques, sont responsables de cet état de choses au même titre que la pauvreté, le défaut d'hygiène et l'alcoolisme.

Et, nous y insistons, les ouvriers saisonniers constituent de loin une catégorie défavorisée. Elle contient d'ailleurs le plus grand nombre de déclassés au sens moral et au sens physique du terme.

6) La contamination des ruraux est avant tout interhumaine, familiale massive, et là aussi, les ouvriers saisonniers, qui partagent leur temps entre l'Hôpital ou le Sanatorium, et les travaux des champs, sont un facteur de diffusion de la maladie, en raison du brassage des populations favorisé par la facilité des transports.

Le rôle de la tuberculose bovine ne nous a pas paru à retenir, et nous n'avons pas trouvé de tuberculose extrapulmonaire chez nos malades.

7) Enfin pour terminer, les difficultés majeures de la lutte antituberculeuse à la campagne, difficultés géographiques - économiques - psychologiques surtout - (la répugnance au placement) les insuffisances de l'armement antituberculeux, et peut-être aussi l'insuffisance de la législation sociale, ainsi que la dispersion des efforts et l'absence de coordination - tout cet ensemble a pour cause finale cet état de gravité de la tuberculose rurale sur lequel notre modeste travail, a une fois de plus, mis l'accent.

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur BARIETY

VU, le Doyen,

M. le Professeur BINET

VU, le Recteur,

J. ROCHE

BARIETY M. et CHOUBRAC P. -

La négligence, cause majeure des reprises évolutives
de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Revue de la Tuberculose 1958 - 5ème série - Tome 22
N° 4.

BERNOU A. -

Traitement de la tuberculose pulmonaire en milieu
rural - 1959.

Concours Médical N° 47 - 21 Novembre.

CUVIER G. -

La tuberculose en milieu agricole.

Santé de l'Homme, Lyon 1959, N° 108 - Janvier-Février
p. 19.

CUVIER G. -

Evolution de la tuberculose dans le régime agricole
des assurances sociales.

Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale, Paris, 1955,
3 - N° 7 - p. 671-674.

CUVIER G. -

Importance de l'endémie tuberculeuse en milieu agricole.

Bull. Acad. Nat. Med. 17/24 Fév. 1953 N° 7-8, 135-137.

CUVIER G. -

Modalités particulières de la prophylaxie antitubercu-
leuse en milieu agricole.

Rev. Path. Gener. Mars 1958 N° 596 - 426-429.

ESPIAND Y.D. -

Contribution à l'étude des difficultés de la lutte antituberculeuse dans un département à prédominance rurale : la Haute-Loire.

Thèse Paris 1960.

GIROND J. -

Alcoolisme et tuberculose en milieu phthisiologique.
Semaine Med. (Sup. Sem. Hôp. Paris) 30 Octobre 1957,
N° 39, p. 1495-1497.

HAWKINS - DAVIS et HOLMES -

Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis.
Am. Rev. Tub. 1957, 5, 768.

HENKEL W. -

Infection tuberculeuse dans une classe d'école rurale.
(ainsi qu'une contribution à la question de la vaccination par le B.C.G.).
Beitr. Klin. Tuber. 1952, 107, N° 2, 134-142 - 6 Fig.

LAUGWITZ N. -

Expertise de la tuberculose chez les employés chargés de l'entretien des bovins.
Beitr. Klin. Tub. 12 Mai 1960, 122, N° 3, 217-231.
Tabl. Bibliogr.

LECOINTE G.G. -

Contribution à l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la tuberculose (à propos d'une évaluation statistique sur 70 cas de tuberculose pulmonaire masculine en milieu hospitalier).

Thèse Paris 1959 N° 1010.

LE MELLETIER J. -

Enquête sur la tuberculose en milieu rural.

Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale.

Paris 1958, 6, Septembre p. 606-622.

LE ROCHAIS R. -

Les rechutes de la Tuberculose.

Bulletin de Pneumophtisiologie N° 12 - Mars 1960 -
(Vigot).

LE SEAC'H Ch. -

Réadaptation et reclassement des tuberculeux ruraux
1959.

Concours Médical N° 47 - 21 Novembre p. 5075-5084.

LUCAS J. -

Le dépistage de la tuberculose en milieu rural.

Concours Médical 21 Novembre 1959, N° 47 p. 5047 - 5053.

MAURANGES P. -

Résultats comparés des examens de dépistage systématique chez des étudiants et des ruraux.

Semaine Médicale 20 Janv. 61 p. 41. 44.

MOIGNETEAU Ch. R. -

Surveillance du tuberculeux rural guéri ou stabilisé.

1959 - Concours Médical N° 47 - 21 Novembre

5067-5073.

NEEL D. - Melle ARTAGNAN J. - Mme SAYONS R. -

Tuberculoses négligées ou non (Etude et comparaison de 100 cas de tuberculoses pulmonaires négligées au début et de 100 cas immédiatement traités en établissement de cure).

Revue de la Tuberculose N° 1, 1961, p. 53.

NGUYON VAN MAN -

La tuberculose pulmonaire à la campagne. Son état actuel en Dordogne.

Thèse 1960, Bordeaux N° 141.

PHELEBON G. -

Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse dans un milieu rural français.

Thèse Paris Juil. 1952, 120 p.

PRASTON C. -

Médecine Rurale et Tuberculose.

Thèse Paris 1957 N ° 949.

ROLLET Y. -

La tuberculose pulmonaire en milieu rural.

(A partir de 120 observations recueillies en Sanatorium).

Thèse Paris 1958 N° 527 - 52 p.

TATTEVIN -

Enquête étiologique sur l'évolution de la tuberculose
pulmonaire dans le Morbihan.

Thèse 1959.

ULLMANN G. -

Importance de la collaboration médicale et vétérinaire
en milieu rural pour la lutte contre la tuberculose.

Description d'un moyen destiné à cette fin.

Tuberculoscartz, Juin 1960. N° 6 373-380.

(Bibliogr.).

VERAN P. et Mme LUCAS -

L'alcoolisme facteur d'échec dans le traitement cor-
rect de la tuberculose pulmonaire.

Presse Med. 22 Juin 1957, 65, N° 50, p. 1159.

VERNHES A. et ROCHE A. -

Poursuite de la vaccination par le B.C.G. dans un
secteur rural du département du Vaucluse.

Bilan de trois années de fonctionnement.

Bull. Acad. Nat. Med. 30 Av. et 7 Mai 1957, 141,
N° 15 et 16, 306-307.

WARNERY M. - VOISIN R. et CARRIOL R. -

Morbidité tuberculeuse et alcoolisme. Conséquences
Sociales.

Rev. de la Tub. Mai-Juin 1958 -

N° 5 - 6 p. 544-549.

WEIL G. et Coll. -

Quelques aspects de la tuberculose pulmonaire en
milieu rural.

Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale - Paris 1958

N° 2 Mars p. 139-146.

-:-:-:-:-

